

Załącznik nr 2 do ogłoszenia konkursu ofert
na wybór w 2019 roku realizatora programu polityki
zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń
pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia
przeciwko pneumokokom w województwie
kujawsko-pomorskim” w zakresie koordynacji programu

.....
(pieczęć świadczeniodawcy)

ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM SZCZEPIENIU

Dane szczepionej osoby:

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: (miejscowość, kod pocztowy, ulica i nr)			
Telefon:			

Podmiot leczniczy sprawujący nad osobą szczepioną opiekę medyczną w ramach POZ:

Nazwa:		Adres:	
--------	--	--------	--

Dane dotyczące lekarskiego badania kwalifikacyjnego:

Data badania:		Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego:	
<input type="checkbox"/>	stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
<input type="checkbox"/>	stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
Rodzaj przeciwwskazania:			

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Dane dotyczące szczepienia:

Wiek osoby szczepionej	Data szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki

.....
(czytelny podpis wykonującego szczepienie)